

Анкета-заявление для тех, кому была предложена вакцина против коронавируса

Мы просим вас предварительно заполнить эту анкету и взять ее с собой на вакцинацию. **Сообщите вакцинатору о предыдущих дозах коронавакцины и о том, переболели ли вы коронавирусной болезнью.**

Фамилия, имя:
Национальный идентификационный номер (11 цифр):
Подпись:

Не приходите на вакцинацию, и сообщите об этом как можно скорее, если в день вакцинации у вас имеются симптомы простуды или температура выше 38° С.

Ваш врач / медицинский работник должен составить план дальнейшей программы вакцинации, если вы ответите ДА на некоторые из следующих вопросов:

	Да	Нет
Были ли вы вакцинированы какой-либо другой вакциной в течение последних 7 дней?		
Переболели ли вы коронавирусной болезнью менее 3 недель назад?		
Наблюдался ли у вас мультисистемный воспалительный синдром (MIS) после COVID-19?		
Ваша иммунная система сильно ослаблена?		
Вы страдаете гемофилией?		
Вы страдаете мастоцитозом?		
Наблюдалась ли у вас ранее аллергическая реакция на эту вакцину или на ее ингредиенты?		
Наблюдалась ли у вас ранее серьезная (опасная для жизни) аллергическая реакция на другие вакцины, продукты питания, лекарства или другие вещества?		
Прошли ли вы в течение последнего года не менее 2 курсов лечения кортикостероидами или лечились в больнице по причине астмы?		
Наблюдалась ли у вас по причине астмы по крайней мере 3 из нижеперечисленных симптомов в течение последних 4 недель? <ul style="list-style-type: none"> • Симптомы в дневное время чаще 2 раз в неделю • Пробуждения по ночам • Потребность в лекарствах против приступов более 2 раз в неделю • Ограничение физической активности 		
Было ли у вас воспаление сердечной мышцы (миокардит / перикардит) после прививки от коронавируса?		
Были ли у вас продолжительные или требующие лечения нарушения менструального цикла после вакцинации против коронавируса?		

Заполняется вакцинатором, если вакцинация не будет немедленно задокументирована в EPJ / SYSVAK:

Дата и время	
Название препарата/ вакцины:	
Номер партии/ Номер лота:	

Причина вакцинации: 1. Приоритетная группа 2. Медицинские работники 3. Другое	
Имя вакциниатора (печатными буквами):	